

RECOMMANDATIONS

du 29 octobre 2019
du Contrôleur général des lieux de privation de liberté
prises en application de la procédure d'urgence (article 9 de la loi du 30 octobre 2007)

relatives au centre hospitalier du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime)

L'article 9 de la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) permet à cette autorité, lorsqu'elle constate une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, de communiquer sans délai aux autorités compétentes ses observations, de leur impartir un délai pour y répondre et, à l'issue de celui-ci, de constater s'il a été mis fin à la violation signalée. S'il l'estime nécessaire, le CGLPL rend immédiatement public le contenu de ses observations et des réponses reçues.

Les présentes recommandations ont été adressées à la ministre des solidarités et de la santé ainsi qu'à à la garde des sceaux, ministre de la justice. Un délai de trois semaines leur a été imparti pour faire connaître leurs observations.

Le centre hospitalier du Rouvray (CHR), sis à Sotteville-lès-Rouen dans la métropole Rouen-Normandie, a été visité du 7 au 18 octobre 2019. Le CGLPL y a constaté des conditions de prise en charge indignes et des dysfonctionnements institutionnels graves, susceptibles de constituer un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Les constats les plus alarmants, objets des présentes recommandations en urgence, portent sur la liberté d'aller et venir, les conditions d'hébergement, les pratiques d'isolement, l'information des patients en soins sans consentement, la prise en charge matérielle et sanitaire de certains des enfants hospitalisés.

Le CHR regroupe vingt-sept unités d'hospitalisation à temps complet, réparties dans trois pôles. Une unité de huit lits est consacrée aux soins en addictologie de patients en soins libres. Une unité de vingt lits située au centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen n'accueille également que des patients en soins libres. Deux unités accueillent exclusivement des personnes en soins sans consentement, l'une pour malades difficiles (UMD) de deux fois vingt lits et la seconde pour personnes détenues de sept lits. Les vingt-trois autres unités sont susceptibles d'accueillir à la fois des patients en soins sans consentement et des patients en soins libres, adultes ou mineurs, l'une d'entre elles, de dix lits, étant exclusivement destinée à l'hospitalisation à temps complet de mineurs. Le contrôle s'est exercé sur ces vingt-trois unités, soit 475 lits, ainsi que sur celle accueillant les personnes détenues. Vingt-et-une d'entre elles sont des unités fermées.

Cette visite s'inscrit dans une période de crise sociale durable, dont le paroxysme s'est situé en juin 2018, et qui, malgré la signature d'un protocole accordant trente postes de soignants supplémentaires, a ressurgi en septembre 2019.

1. Des conditions d'hébergement dégradées et aggravées par la suroccupation des unités

Les locaux d'hospitalisation complète, implantés dans des pavillons construits à différentes époques, présentent des niveaux d'indignité variés, indépendamment de leur date de construction.

Des chambres de 8 m2 dans une unité sont particulièrement exigües. Sauf rares exceptions, les portes des chambres sont percées d'un large fenestron portant atteinte à l'intimité des patients lesquels, en revanche, ne disposent d'aucun moyen pour faire appel au personnel soignant. Des portes de chambres ne sont équipées ni d'un verrou intérieur ni de serrure à code. Les chambres d'au moins trois unités n'ont pas de sanitaires individuels : les WC comme les douches sont collectifs. La présence de seaux hygiéniques a été constatée dans des chambres d'hospitalisation à l'occasion de « temps calmes » imposés au patient. Le mobilier est trop souvent incomplet (table, chaise, table de chevet), notamment dans les chambres collectives. Les lunettes sont majoritairement absentes des cuvettes de WC. Des portes de placard sont dépourvues de fermeture et même de poignée : il faut se baisser et passer un doigt sous la porte pour l'ouvrir. Faute de permettre l'accès à des espaces extérieurs, des unités ont organisé en leur sein l'accès à un fumoir dépourvu d'extracteur d'air, les soignants d'autres unités ne peuvent que tolérer le fait que des patients fument à la fenêtre de leur chambre voire des WC.

La majorité des patients est hospitalisée dans une chambre double ou triple. La suroccupation des unités (101,3 % en moyenne en 2018, 107,7 % le 3 octobre 2019) oblige à l'installation de lits supplémentaires ou de lits dits d'urgence, par ajout d'un lit de camp dans une chambre simple ou double (conduisant à son doublement ou à son triplement). Il n'est pas rare qu'un lit soit installé dans un bureau ou dans le salon de visites des familles, ou qu'un patient soit maintenu en chambre d'isolement. Les conditions de vie sont particulièrement dégradées par la promiscuité, dans la chambre ou dans l'unité.

L'état des locaux d'hospitalisation doit faire l'objet d'une politique d'investissement harmonisée en vue de leur amélioration. Il doit être mis fin aux conditions d'accueil indignes. L'occupation des lits d'hospitalisation complète ne doit pas dépasser la capacité de l'établissement.

2. Des atteintes à la liberté d'aller et venir de l'ensemble des patients, se répercutant sur la qualité des soins

Aux termes de l'article L3211-3 du code de la santé publique, lorsqu'une personne fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement, « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

Seules deux unités étant ouvertes sur vingt-trois, très peu de patients sont autorisés à circuler librement dans le parc de l'établissement hospitalier. Les patients d'une unité n'y sont autorisés que l'après-midi. Dans une autre unité, l'autorisation n'est donnée aux personnes en soins libres que si les personnes en soins sans consentement sont confinées derrière une porte qui scinde l'unité en deux parties.

Dans les vingt-et-une unités fermées – dix-neuf totalement, deux partiellement – les mêmes restrictions s'appliquent indistinctement aux patients en soins sans consentement et aux patients en

soins libres. Le droit de libre circulation des patients en soins libres est soumis à la disponibilité des soignants pour ouvrir la porte de l'unité. Ils sont de facto contraints d'être hospitalisés sans même pouvoir accéder aux dispositifs mis en place hors des unités (la lingerie où sont distribués des vêtements pour ceux qui en sont démunis, l'épicerie de la cafétéria où sont vendus des produits d'hygiène, le bureau des entrées où sont conservés les biens et les valeurs des patients, le culte, etc.). Concernant les patients en soins sans consentement, il convient de rappeler que nulle disposition dans les textes n'indique que ceux-ci doivent être privés de leurs droits ipso facto, y compris celui d'aller et venir : tout restriction doit être individuelle, décidée en fonction de son état clinique, après évaluation médicale.

De fait, les patients sont également entravés dans leur accès aux activités thérapeutiques ou occupationnelles conduites à l'extérieur des unités par un unique agent en charge du sport, par une équipe spécialisée en addictologie ou encore par une équipe technique en charge d'une serre, de même que dans leur accès à la cafétéria ouverte pour l'ensemble du site. Dans les unités elles-mêmes, les activités mises en place par les soignants sont rarissimes. Dans ces conditions, l'ennui et le désœuvrement règnent, les conditions de vie quotidienne sont difficiles et la préparation de la sortie d'hospitalisation se trouve, de fait, ralentie.

En outre, au prétexte de limiter le risque de fugue, le port du pyjama est imposé à certains patients, et s'y ajoute parfois la prescription d'une sédation.

Enfin, il a été observé que de janvier à octobre 2019, soixante-dix-huit mesures de soins libres ont été transformées au cours du séjour en mesures de soins sans consentement ; la part des journées d'hospitalisation passées sous statut de soins sans consentement atteint près de 42% au cours des six premiers mois de l'année 2019, en augmentation depuis 2016. Les calculs effectués sur la base des données communiquées par l'établissement concernant les patients présents le 7 octobre 2019 dans les unités visitées concordent avec ce pourcentage de soins sans consentement. Cette situation est symptomatique de préoccupations et précautions sécuritaires privilégiées au détriment de l'alliance thérapeutique et de l'adhésion aux soins.

L'enfermement des patients en soins sans consentement pendant l'hospitalisation complète n'étant pas intrinsèque à ce mode juridique de soin, cette contrainte de principe dans la liberté d'aller et venir au sein de l'hôpital doit cesser. Elle est particulièrement injustifiable pour les patients en soins libres.

3. Des mesures d'isolement prises en contradiction avec les textes applicables et portant gravement atteinte à la dignité humaine

Parmi les vingt-trois unités contrôlées, quarante-et-une chambres d'isolement sont identifiées, et réparties dans vingt unités à raison de une à trois chambres d'isolement par unité. Au moment de la visite, deux chambres étaient inutilisées en raison de travaux pour encore quelques semaines.

Tant la décision initiale d'isolement que le renouvellement de la mesure s'affranchissent des règles en vigueur, particulièrement de l'article 72 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, mais aussi des recommandations établies en février 2017 par la haute autorité de santé (HAS) sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale ainsi que de celles du CGLPL énoncées en 2016 dans son rapport relatif à l'isolement et à la contention dans les établissements de santé mentale.

En contradiction totale avec l'article L322-5-1 du code de la santé publique, certaines décisions mentionnent un isolement « si besoin », d'autres plus fréquentes « autant que nécessaire ». D'autres

mentionnent leur validité pendant quinze jours voire un mois. Certaines enfin panachent « autant que nécessaire » et « un mois ». Des décisions sont prises par des internes sans validation par un médecin senior. Aucun renouvellement n'est effectué le dimanche ; les autres jours, le renouvellement est aléatoire. Les levées de mesure sont rarement enregistrées. Au jour du contrôle, 245 mesures étaient toujours en vigueur pour 30 patients comptabilisés comme étant en isolement.

La surveillance médicale – dont celle de l'état somatique – est insuffisante ; si les visites des médecins ont lieu, elles ne sont pas tracées. La fréquence et les modalités de la surveillance du patient par les soignants sont rarement définies ; la réalisation de la surveillance, elle-même aléatoire, est reportée de façon très variable dans le système d'information médico-soignant. Ce système est lui-même inexploitable concernant notamment les motifs des mesures d'isolement et de contention et les prescriptions médicales afférentes, le corps médical ayant refusé l'informatisation du dossier médical.

Dans ces conditions, la traçabilité de la mise en œuvre d'une mesure d'isolement ou de contention, comme celle de la surveillance médicale et infirmière, se révèle concrètement entachée de multiples insuffisances et de fait impossible. Le registre d'isolement et de contention n'a pas de fondement fiable et n'est pas exploitable.

Parallèlement, les conditions matérielles de l'isolement sont souvent indignes. Faute de WC accessible en permanence au patient isolé, les chambres d'isolement sont équipées de seaux hygiéniques, dont certains sont démunis de couvercle ; des patients isolés sont contraints de respirer l'air vicié par l'odeur de leurs excréments. Certaines chambres sont imprégnées d'une odeur d'urine. Faute de bouton d'appel dans la plupart des chambres d'isolement, les patients doivent alors frapper à la porte par tous moyens pour alerter le personnel soignant, au point de s'infliger des blessures physiques, d'autant plus que les chambres d'isolement sont trop souvent éloignées des bureaux infirmiers.

Par ailleurs, les patients doivent revêtir systématiquement le pyjama de l'hôpital, voire – même si c'est dans de rares cas - sont laissés nus dans la chambre d'isolement au motif d'un risque suicidaire. Enfin, la suroccupation des unités d'hospitalisation ne permet pas de conserver au patient isolé sa chambre d'origine ni même une autre chambre d'hospitalisation dans la perspective de sa sortie ; il est en conséquence maintenu dans cette dernière, alors utilisée comme une chambre normale assortie de conditions variables de circulation dans le service en journée et toujours fermée de l'extérieur la nuit, sans accès aux sanitaires dans de trop nombreux cas. Une période d'isolement est systématique pour les personnes détenues nouvellement hospitalisées, malgré l'existence d'une unité dédiée sécurisée.

Des motifs punitifs ou la volonté de contraindre à la thérapie des personnes en soins libres justifient parfois le recours à l'isolement.

De telles pratiques démontrent à la fois une banalisation mais aussi un dévoiement de l'utilisation de l'isolement, lequel ne doit intervenir que comme une mesure de dernier recours, à des fins exclusivement thérapeutiques et pour un temps le plus court possible, comme l'exige la loi.

Le rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, établi en 2018 sur la base d'un registre inexploitable, ne propose aucune comparaison des pratiques entre les unités d'hospitalisation et ne livre aucune analyse sur les moyens employés pour réduire le recours à l'isolement et à la contention, comme l'exigent les textes.

Les pratiques d'isolement doivent respecter en tous points l'article 72 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, les recommandations de la HAS de février 2017 et celles du CGLPL de 2016.

L'isolement et la contention doivent toujours constituer des pratiques de dernier recours et une politique d'établissement doit être définie afin d'en limiter l'usage.

4. Des patients laissés dans l'ignorance de leur statut d'hospitalisation et de leurs droits

Outre un défaut général d'information sur les dispositifs en place au sein des unités et dans l'hôpital, les patients en soins sans consentement sont insuffisamment associés aux phases successives de la procédure. Leurs observations ne sont ni recueillies, ni consignées. L'information qui leur est donnée dans leur unité d'hospitalisation, malgré les outils didactiques et complets mis en place par l'établissement, est sommaire et résulte au mieux de quelques explications orales, insuffisantes. Des documents ne sont pas systématiquement transmis aux patients mais stockés dans les bureaux infirmiers, voire détruits par les patients à qui ils ont été remis sans aucunement attirer leur attention sur l'importance de tels documents. La notification de la convocation devant le juge des libertés permet parfois, de façon erronée, de recueillir le consentement du patient à honorer cette convocation.

Si le personnel rencontré a souvent fait état d'une formation succincte aux soins sans consentement, le champ lexical encore utilisé (services ouverts, services fermés utilisé comme synonyme de « patients hospitalisés sans leur consentement », HO, soins contraints, contrat de soins en lieu et place du programme de soins, etc.) révèle des manques de connaissances essentielles en la matière, notamment quant aux droits des patients en soins sans consentement.

Le personnel en charge des patients en soins sans consentement doit être formé, particulièrement lorsqu'il est chargé de l'information de ces derniers sur leurs droits. De manière générale, les patients doivent être mieux informés des conditions de vie et de l'offre de soins pendant leur séjour dans l'établissement.

5. Des enfants hospitalisés avec des adultes et parfois enfermés dans des chambres d'isolement

L'hospitalisation non programmée de mineurs adolescents n'est pas assurée en psychiatrie infanto-juvénile, l'unité Rimbaud (ou unité régionale d'hospitalisation des enfants et des adolescents, URHEA) ne répondant pas à l'ensemble des besoins. Les mineurs de plus de seize ans, mais parfois des enfants dès douze ans, sont hospitalisés de façon inadéquate et attentatoire à leurs droits dans les unités pour adultes. La prise en charge de certains d'entre eux, les heures ouvrées, par l'unité mobile pour adolescents hospitalisés (UMAH) ne peut être considérée comme un palliatif de nature à permettre des soins adaptés. Des incidents graves sont rapportés au sein des unités d'hospitalisation pour adultes, dont des adolescents seraient victimes, constitués de propos et gestes violents de la part de patients adultes, parfois de nature sexuelle, parfois relatifs à la consommation de produits stupéfiants, sans traçabilité ni suivi satisfaisants.

Dans l'unité Rimbaud comme dans les unités pour adultes, des mesures d'isolement sont décidées à l'encontre d'enfants et d'adolescents. Le caractère exceptionnel de telles mesures doit être la règle et elles ne devraient en aucun cas être mises en œuvre à l'égard de mineurs de treize ans et à l'égard de tout mineur dans une unité pour adultes.

La création d'une unité de dix lits d'hospitalisation complète pour adolescents a été annoncée pour le dernier trimestre 2020.

Les patients mineurs ne doivent pas être accueillis avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédopsychiatrie.

La nécessité de disposer d'une chambre d'isolement doit être réfléchie en équipe, dans le cadre du projet médical. Le recours à cette pratique doit être évité par tout moyen ; il doit être totalement exclu dans les unités recevant des enfants de moins de treize ans.

***

L'ensemble de ces constats s'accompagnent de manquements à la déontologie professionnelle et constituent des violations graves des droits fondamentaux des patients.

L'établissement doit mobiliser l'ensemble de ses ressources afin de les faire immédiatement cesser. Il doit également très rapidement établir un projet médical.

Adeline HAZAN